

Lenalidomid ▼ – Program prevencije trudnoće

OBRAZAC ZA PRIJAVU TRUDNOĆE

Molimo Vas da popunite ovaj obrazac za prijavu trudnoće kod pacijentkinje (ili partnerke muškog pacijenta) na terapiji lekom LENALIDOMIDE GRINDEKS (lenalidomid) i pošaljete ga što pre nosiocu dozvole za lek –PharmaGK d.o.o Beograd, na dole navedene podatke. Ove slučajeve treba pažljivo pratiti i **prijaviti i ishod trudnoće**. Kompanija PharmaGK d.o.o. Beograd ceni Vaše učešće u prikupljanju svih bitnih informacija o izloženosti fetusa lenalidomidu i biće u kontaktu sa Vama kako bi se prikupili dodatni podaci.

Molimo Vas da obrazac pošaljete odmah e-mailom kompaniji PharmaGK d.o.o. Beograd

PharmaGK d.o.o. Beograd
Strahinjića Bana 10, stan 2
Stari Grad, Beograd

Mob: 063 509 213
E-mail: info@gkpharmaceuticals.com

PODACI O IZVEŠTAČU			
Ime:		Zanimanje:	
Adresa:		Grad, država:	
Telefon: Faks:		E-mail adresa:	
PODACI O PACIJENTU			
ID pacijentkinje:	Starost:	Datum rođenja:	
PODACI O PARTNERKI MUŠKOG PACIJENTA			
ID:	Starost:	Datum rođenja:	
INFORMACIJE O TERAPIJI: LENALIDOMID KAPSULE			
Broj serije:	Rok upotrebe:	Doza:	Frekvencija:
Datum početka lečenja:		Datum prestanka lečenja:	
Indikacija:			
PRAĆENJE TRUDNOĆE			
Da li je trudnoća potvrđena?			Da Ne
Procenjena gestaciona starost:		Procenjeni datum porođaja:	
Da li se pacijentkinja već obraćala akušeru/ginekologu?			Da Ne
Ako jeste, navedite ime lekara i kontakt detalje.			

RAZLOG ZA NEUSPEH PROGRAMA PREVENCIJE TRUDNOĆE		
	Da	Ne
Da li se greškom smatralo da pacijentkinja nema reproduktivni potencijal		
Ako jeste, navesti razlog zbog koga se smatralo da pacijentkinja nema reproduktivni potencijal		
a. Godine ≥ 50 godina i prirodna amenoreja* ≥ 1 godine * amenoreja kao posledica terapije kancera ili tokom laktacije ne isključuje reproduktivni potencijal		
b. Prevremena insuficijencija jajnika koju je potvrdio ginekolog specijalista		
c. Prethodna bilateralna salpingo-ooforektomija ili histerektomija		
d. XY genotip, Tarnerov sindrom, agenezija uterusa		
	Da	Ne
U donjoj listi naznačiti korišćenu kontracepciju		
a. Implant		
b. Intrauterini dostavni sistem sa levonorgestrelom (IUS)		
c. Medroksiprogesteron acetat depo		
d. Sterilizacija jaovoda (specificirati)		
I. Ligacija jajovoda		
II. Dijatermija jajovoda		
III. Postavljanje klipsa na jajovod		
e. Seksualni odnos samo sa muškim partnerom koji je imao vazektomiju; vazektomija mora biti potvrđena sa dve negativne analize sperme		
f. Pilule za inhibiciju ovulacije koje sadrže samo progesteron (npr. dezogestrel)		
g. Druge pilule koje sadrže samo progesteron		
h. Kombinovane oralne pilule za kontracepciju		
i. Drugi intrauterini ulošci		
j. Kondomi		
k. Cervikalna kapa		
l. Kontraceptivni sunđer		
m. Prekinut snošaj		
n. Drugo		
o. Nijedno		
	Da	Ne
U donjoj listi naznačiti razlog za neuspelu kontracepciju		
Propust u uzimanju oralne kontracepcije		
Drugi lekovi ili bolesti su intereagovali sa oralnim kontraceptivima		
Neuspešna barijerna kontracepcija (npr. kondom, dijafragma)		
Nije poznato		

Da li se pacijentkinja obavezala na potpunu i kontinuiranu apstinenciju od seksualnih odnosa?								
Da li se sa primenom lenalidomida započelo iako je pacijentkinja već bila trudna?								
Da li je pacijent dobio edukativni material o potencijalnom riziku od teratogenosti?								
Da li je pacijent dobio instrukcije o potrebi sprečavanja trudnoće?								
PRENATALNE INFORMACIJE								
Datum poslednje menstruacije:					Očekivani datum porođaja:			
Test na trudnoću			Referentni opseg			Datum		
Kvalitativni test urina								
Kvantitativni test seruma								
POROĐAJNA ANAMNEZA								
Godina trudnoće		Ishod						
	Spontani pobačaj	Terapeutski pobačaj	Rođenje živog deteta	Rođenje mrtvog deteta	Gestacijska starost	Vrsta porođaja		
UROĐENI DEFEKTI								
					Da	Ne	Nije poznato	
Da li je bilo nekih urođenih defekata u bilo kojoj trudnoći?								
Da li postoje bilo kakve kongenitalne anomalije u porodičnoj anamnezi?								
Ako je odgovor na bilo koje od ovih pitanja potvrđan, molimo navedite detalje.								

ANAMNEZA TRUDNICE				
Stanje	Datumi		Lečenje	Ishod
	Od	Do		
TRENUTNO STANJE TRUDNICE				
Stanje	Od		Lečenje	
SOCIJALNA ANMNEZA TRUDNICE				
			Da	Ne
Alkohol				
Ako je odgovor potvrđan, količina/jedinice na dan:				
Duvan				
Ako je odgovor potvrđan, količina na dan:				
Intravenska ili rekreativna upotreba droga				
Ako je odgovor potvrđan, navesti detalje				

LEKOVI KOJE JE TRUDNICA KORISTILA U TOKU TRUDNOĆE I 4 NEDELJE PRE TRUDNOĆE (uključujući biljne, alternativne i lekove bez recepta i dodatke ishrani)			
Lekovi/lečenje	Datum početka korišćenja	Datum prestanka/nastavka korišćenja	Indikacija

IME OSOBE KOJA JE POPUNILA OBRAZAC	POTPIS	DATUM

Verzija 2, Septembar 2025.